

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Antoine-Joseph MORIN

Né le 3 juillet 1903 à Melesse (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

ÉTUDE COMPARATIVE

DES

DIVERS TRAITEMENTS

DU

CANCER DU RECTUM

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Antoine-Joseph MORIN

Né le 3 juillet 1903 à Melesse (Ille-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

ÉTUDE COMPARATIVE

DES

DIVERS TRAITEMENTS

DU

CANCER DU RECTUM

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1930



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER(Fernand) . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance,*

A MA FEMME

A MES BEAUX PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur ROUSSY

Professeur d'Anatomie pathologique
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Professeur MARQUIS

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Directeur du Centre anti-cancéreux de Bretagne
Officier de la Légion d'Honneur

*Dont nous avons été successivement
l'externe et l'interne. Qui nous a
inspiré le sujet de cette thèse et nous
a aidé de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de notre sincère gratitude.*

A Monsieur le Professeur DAYOT
Professeur honoraire de Clinique chirurgicale

A Monsieur le Professeur LE DAMANY
Professeur de Clinique médicale

Dont nous fûmes l'externe.

A Monsieur le Professeur BODIN
Professeur de Bactériologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes

Dont nous fûmes l'interne.

A Monsieur le Professeur HARDOUIN
Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur BRAULT
Chef de Clinique obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

INTRODUCTION

Le cancer du rectum, d'après les statistiques, occupe la 4^e place comme fréquence après les cancers de l'estomac, de l'utérus et du sein. Devant une telle affection, de nombreux traitements devaient être mis en œuvre pour tâcher de guérir ou du moins de soulager les malades atteints de ce néoplasme. Car, en effet, rien de plus lamentable que la période terminale de cette affection. A ce moment, les saignements se multiplient, les épreintes, les écoulement glaireux, sanieux, obligent le malade à d'épuisantes garde-robes. Parfois une diarrhée invincible s'installe, les douleurs ont dépassé le périnée, le coccyx, le sacrum, elles irradiant vers les cuisses, aux fesses, dans l'abdomen. Chaque miction d'urine est cuisante et difficile. Le malade ne mange plus, soit que l'anorexie l'en empêche, soit qu'il croit se préserver ainsi de la diarrhée ou des risques de l'occlusion. L'amaigrissement est rapide. Le tableau est au complet : anémie par hémorragies ou la déglobulisation par inanition et infections surajoutées, l'émaciation musculaire, la décoloration des téguments, les troubles nerveux, la tachycardie, l'anasarque. Le malade meurt ou

de broncho-pneumonie ou de stéatose hépatique rapidement progressive ou de généralisations ou d'anémie séreuse ou dans le coma ou par quelques complications secondaires (occlusion, perforation, cellulite gangreneuse pelvienne, anurie, etc..., etc...).

Voilà succinctement décrite la fin de tout individu atteint de cancer du rectum et cette fin arrivait, d'après les auteurs classiques, entre le 6^e et le 18^e mois après l'apparition des symptômes cliniques, avant que la chirurgie ne soit venue apporter la guérison parfois, une amélioration presque toujours à cette implacable affection.

Nous voudrions dans ce modeste travail, au moyen de nombreuses statistiques, montrer ce que les divers traitements du cancer du rectum, traitements curatifs et palliatifs, chirurgicaux, radiothérapie et curiethérapie, ont donné comme résultats tant immédiats qu'éloignés.

Puis, après avoir donné les statistiques que Monsieur le Professeur Marquis qui nous a inspiré ce travail et aidé de ses conseils, a bien voulu nous communiquer, statistiques venant du centre anticancéreux de Rennes et de sa Clinique, nous concluons cette étude comparative des divers traitements du cancer du rectum, en montrant quelle est, à l'heure actuelle, la conduite à tenir en présence de ce néoplasme.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

I. — Ablation par voix basse

Historique.

Le rectum situé partie dans l'excavation pelvienne, partie dans le périnée postérieure entre le sacro-coccyx et les organes génito-urinaires n'est pas très facilement abordable. Les chirurgiens empruntent à l'heure actuelle 4 voies : périnéale, sacrée, abdominale et combinée ; mais au siècle précédent avant la période antiseptique l'ouverture d'un ventre étant considéré, à juste titre du reste, comme une chose très grave, il était logique que les premiers essais d'extirpation du rectum cancéreux se fissent par la voie basse.

C'est Lisfranc qui en 1826 pratiqua pour la première fois l'amputation circulaire périnéale. Cette intervention ne devait pas être suivie de succès, en raison des complications septiques et des imperfections de la technique ; aussi l'ablation du cancer ano-rectal fut-elle considérée longtemps encore comme un simple exercice d'amphithéâtre. Les opérations palliatives conservèrent de ce fait leur vogue dans tous les pays.

Denonvilliers et Dolbeau reprirent cependant l'opération de Lisfranc en y ajoutant une incision postérieure remontant jusqu'au coccyx, Verneuil et Kocher proposèrent à leur tour la résection coccygienne pour donner plus de jour.

En 1807, Quénu et Hartmann, Quénu et Baudet réglèrent d'une façon précise la technique de l'amputation coccy Périnéale large encore appelée : opération de Lisfranc élargie. C'était un réel progrès et actuellement toute intervention est encore pratiquée avec la même technique.

Les Allemands, vers la même époque, plus audacieux que nous, préconisent la résection d'une partie du sacrum. C'est la méthode de Kraske. Cette manœuvre est très suivie outre-Rhin, en Angleterre, et en Amérique, mais soulève de nombreuses critiques de la part des chirurgiens français.

La voie périnéale a été très défendue dans ses dernières années par J. L. Faure et Pétriat (1903), Cestan, Depage (1904), Martin du Pan (1905), Delore et Chalier (1927) et plus récemment par Cunéo.

En citant les interventions pratiquées par les conduits naturels : résection transanale de Villard, transvaginale de Chalier et Perrin, nous en aurons fini avec les voies basses.

Les résultats.

Voyons maintenant les résultats immédiats et éloignés de cette méthode. Nous avons pu relever de très

nombreuses statistiques, d'abord pour la mortalité opératoire.

Elle est au-dessous de 10 % dans certaines statistiques :

Rotter	4,75 %
Popper 1906	6,22 %
Jaboulay	7,3 %
Krœlein 1900	8,3 %
Sw. Edwards 1905	7,5 %

Hartmann en 1913 a relevé un certain nombre de statistiques qui avec la sienne propre faisaient un total de 1.665 cas avec 264 morts soit 15,8 %.

Les frères Mayo en 1913 donnent les résultats des traitements du cancer du rectum opérés dans leur clinique du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 1912. Au total 71 opérés. Ils trouvent 7 % en moyenne comme mortalité opératoire dans les interventions périnéales.

Eichloff, de Breslau, par contre publie 326 cas opérés par voie périnéale et donne une moyenne de 24 % de mortalité. Il est vrai que se trouve là aussi le résultat des opérations par voie sacrée qui donnent d'après toutes les statistiques consultées un pourcentage de morts beaucoup plus élevé.

Que donne maintenant la voie basse au point de vue résultats définitifs ? Le même médecin de Breslau en 1914 montre 247 malades opérés par voie périnéale :

87 vivent plus de 3 ans soit	36 %
59 » » 5 ans »	24 %
31 » » 10 ans »	12 %

Dans le livre de Chalier et Mondor on trouve les résultats suivants :

Shede	15,5 %
Rocher	25 %
Kuster	21,5 %
Krœnlein	16 %

Prenons maintenant des statistiques plus récentes.

Duvergey dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux* en 1921 dit avoir eu par cette méthode 11 succès : 5 avec anus naturels continents, 4 avec anus contre nature, 1 a conservé son anus périnéal incontinent, l'autre, est mort subitement 6 mois après l'opération, sur les 10 qui restent l'intervention remonte à plus de 4 ans. Et là, l'auteur dit préférer la méthode de Cunéo à l'abdomino-périnéale qui, d'après lui, n'a d'indication réelle que dans les cancers très élevés.

G. Matolay, de Budapesth, en octobre 1923, apporte la statistique de la première clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Budapesth.

Sur 141 malades 133 furent opérés dont 106 opérations radicales.

24 remontent à 3 ans ;

71 remontent à plus de 3 ans.

Sur 41 malades suivis 15 étaient sans récurrence en bonne santé l'opération remontant à 3 et 7 ans, donc 41,6 % de guérison.

En janvier 1925 Gabriel, de Londres, dans le *British journal of Surgery* publie l'article suivant :

A St-Mark's Hospital de 1910 à 1924 ont été extirpés par voie périnéale 143 cancers du rectum. Technique opératoire : on pratique d'abord un anus iliaque gauche et 7 à 14 jours après cette colostomie, amputation.

Mortalité immédiate : 18 % ;

Mortalité éloignée : les décès de 80 % sont survenus moins de 3 ans après l'opération ; de 93 % moins de 5 ans.

Survie : sur 64 malades 5 ont des métastases, les 59 autres sont en bonne santé.

39 opérés depuis moins de 3 ans

5 » de 3 à 5 ans

15 » depuis plus de 5 ans

Pourcentage sur les cas opérés depuis plus de 3 ans.

3 ans : 28,5 %

5 ans : 28 %

Lockart Munnery : Pronostic du cancer rectal (*The Lancet*, 25 décembre 1926), dit n'avoir eu que 3 cas de morts dans sa dernière centaine d'amputations périnéales et 55 % restent guéris 3 ans après.

50 % 5 ans après sont bien portants et sans récidi-
ves ni métastases.

Plus près de nous encore nous empruntons à Kraske les statistiques de la clinique de Lexer où il est relevé 152 cas de cancer du rectum de 1909 à 1926.

Sur ce total 101 malades ont été opérés soit 70 %.
On a fait 57 résections transsacrées dont 46 avec suture

circulaire et 11 avec invagination et 44 amputations transsacrées.

Voici les résultats éloignés de ces 101 opérés dont 24 sont morts post-opératoires.

récidives 24 cas, soit 25 % ;

guérisons datant de plus de 5 ans : 30 %.

Enfin Kutner, de Breslau, en janvier 1929 après une étude comparative des divers traitements du cancer du rectum donne pour extirpation par voie périnéale les résultats suivants :

Mortalité opératoire : 16,4 %. En cela il approche des autres et comme suites éloignées du traitement.

Après 3 ans. . . 46,5 % des opérés sont vivants

» 5 » . . 32 % » » » » »

» 10 » . . 10 % » » » » »

Conclusions

Nous avons publié d'un bloc les résultats des différentes méthodes pratiquées.

Si on prend une moyenne des résultats donnés ci-dessus on arrive à ceci :

La mortalité opératoire dans l'extirpation par voie basse du cancer du rectum s'élève à 16 % et par cette méthodes on obtient une

survie de 3 ans pour 35 %

» 5 ans » 30 %

» 10 ans » 16-19 %

TRAITEMENT PAR LA VOIE ABDOMINO-PERINÉALE ET ABDOMINALE SEULE

Historique

Dans le *Journal de Chirurgie* de décembre 1930 le Pr Hartmann, après avoir donné des statistiques sur les résultats obtenus par l'extirpation basse du cancer du rectum, dit en concluant : « On peut remarquer que les métastases à distance sont rares et que les récidives se font le plus souvent au voisinage immédiat du foyer opératoire, quelquefois sur la muqueuse, plus souvent dans le tissu cellulaire. Nos observations concordent sur ce point avec celles de Martin du Pan et Vœlker. D'après ce dernier auteur 50 récidives siègent dans le tissu cellulaire du bassin ou dans les ganglions régionaux alors que 7 seulement se font sur la muqueuse intestinale.

Cette fréquence de récidives dans le tissu cellulaire et les ganglions régionaux s'explique par ce fait que les lymphatiques de la muqueuse rectale remontent le long des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs pour se rendre

à des ganglions assez haut placés dans le mésorectum. Or ces ganglions ne sont pas enlevés dans les opérations habituelles basses et nous avons constaté que seule une opération combinée commencée par l'abdomen et terminée par une autre voie, évitant toute l'évacuation sacrée, permet de les atteindre.

L'idée de combiner la laparotomie aux procédés ordinaires d'exérèse du cancer du rectum aurait été énoncée, semble-t-il, pour la première fois par Volkmann. Dans un travail sur l'ablation du rectum néoplasique cet auteur en 1877 se plaint de l'inopérabilité fréquente des malades qui se présentent trop tard au chirurgien avec des tumeurs trop étendues et trop hautes ; mais il espère que dans un avenir proche les opérateurs triompheront de ces lésions en attaquant la tumeur par en haut et en la libérant par le ventre avant d'en pratiquer l'extirpation périnéale.

Ce n'est qu'en 1882 que Kœnig se servira de cette idée. Il fit d'emblée une laparotomie, établit un anus iliaque, sectionna l'intestin au-dessus de la tumeur ; ensuite il extirpa par le bas tout le segment terminal sous-jacent à la section.

Puis nous trouvons d'autres observations, entre autres celles de W. Maunsell en 1892 et Kraske en 1894.

C'est à deux chirurgiens français Gaudier et Chalot qu'il appartenait de régler d'une façon définitive la technique d'une méthode qui portera désormais leurs noms.

Actuellement deux techniques se disputent les préférences des chirurgiens : l'amputation du type Quénu et l'amputation du type Hartmann.

La première, réglée par Quénu, comprend 3 temps : ouverture médiane de l'abdomen sous-ombilical, libération de l'anse sigmoïde et établissement d'un anus iliaque gauche, amorce de la libération rectale et ouverture du cul-de-sac péritonéal. Extirpation périnéale du rectum.

Quant à l'opération du type Hartmann elle diffère du type Quénu par l'abaissement du côlon au périnée. Elle se pratique en 3 phases : abdominale, périnéale, abdominale.

D'autres combinaisons ont été imaginées à côté de la voie abdomino-périnéale :

l'abdomino-sacrée de Kraske en 1910 ;

l'abdomino-anale réglée par Desjardins en 1910 ;

l'abdomino-vaginale.

Résultats

Nous donnerons des statistiques ayant rapport à toutes ces méthodes combinées n'ayant pu recueillir de résultats pour chacune d'entre elles.

La première statistique concernant la mortalité opératoire de la méthode combinée est celle de Quénu et Hartmann en 1899 dans le tome II de leur chirurgie du rectum.

Au total 16 opérations avec 8 décès donc 50 %.

En 1903 Gross relève 22 cas avec 9 morts, donc 40,9 %.

La même année Sane donne 35 observations avec 15 morts donc 43 %.

En 1904, la statistique la plus importante et la plus complète des opérations combinées a été publiée par Manuel dans sa thèse. Il arrive à 66 opérations par la voie combinée, 23 sont morts dans les quinze jours suivant l'opération donnant ainsi une mortalité opératoire de 34, 85 %.

En 1904 on arrive à dire que la mortalité opératoire oscille entre 30 et 40 %.

En 1912 les frères Mayo dans les *Annals of Surgery* donnent 14 cas d'abdomino-périnéale.

9 guérisons, 5 morts : donc 35 % de mortalité opératoire.

Hartmann, en décembre 1913, arrivait à la réunion de 260 cas d'opérations combinées avec une mortalité opératoire de 37 %.

Voyons maintenant, dans des rapports plus récents, les résultats éloignés de cette méthode :

Chalier et Perrin en 1915 donnent les résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le néo du rectum. En bloc ils ont eu 83 morts sur 187 opérés donc 44,6 % de mortalité opératoire :

15 récidives et 6 morts par métastases ;

41 survies sans récurrence de 2 mois à 3 ans : 50 % ;

14 survies sans récurrence de 3 ans à 12 ans : 25 % ;

9 autres sont morts de maladies intercurrentes. Kroll publie les résultats de la clinique de Kœnisberg de 1913 à 1923.

Sur 13 opérés par voie abdomino-périnéale, 2 morts seulement mais qu'une seule guérison définitive.

Lockart Munnery en septembre 1926 dans *The Lancet* publie ceci : Dans les opérations abdomino-périnéales il y a eu 25 % de mortalité opératoire et comme résultats éloignés :

3 ans après, 55 % restent guéris ;

5 ans après, 50 % bien portants sans récides ;

Les bons cas donnent 73,7 % de guéris après 5 ans.

Les mauvais cas 44 %

Félix Papin dans le *Journal de chirurgie* de 1928 (avril) dit que l'abdomino-périnéale reste le seul moyen de guérison possible mais qu'il y a là une grosse mortalité opératoire. Il cite Lecène et Leriche. « Les guérisons au-delà de 5 ans sont rares dans la périnéale, le simple anus iliaqué gauche le donne parfois.

Mais les guérisons de 8, 10 et 15 ans ne sont dues qu'à l'abdomino-périnéale.

Autre statistique relativement récente est celle du Dr Pauchet à l'hôpital St-Michel de décembre 1919 à juillet 1922. Sur l'ensemble 50 % de mortalité opératoire. Sur 10 malades guéris opératoirement trois ont récidivé, deux rapidement et sur place, le 3^e au bout de 3 ans et à distance soit 30 %.

Six opérés restent guéris depuis plus de 3 ans (3 depuis 5 ans, 2 depuis 4 ans, 1 depuis 3 ans) soit 70 % de guérisons opératoires et 33 % de malades opérés. Nous ne pouvons pas conclure ce bref exposé sans consacrer un chapitre à une autre méthode : la voie abdominale seule ou opération d'Hartmann. Briève-

ment exposée au XXX^e Congrès de chirurgie à Strasbourg 1921 cette technique fut décrite avec plus de détails par Hartmann à la séance du 12 décembre 1923 de la Société de Chirurgie de Paris.

L'ablation par voie abdominale de la partie supérieure du rectum et de la totalité de l'anse oméga avec son méso; la fermeture en cul-de-sac du bord ano-rectal; la colostomie terminale: tels sont les temps principaux de l'opération d'Hartmann.

Les résultats

Hartmann en 1923 apporte 10 cas :

4 cas personnels ;

4 cas du D^r Pauchet.

Les 4 cas d'Hartmann ont très bien guéri.

Pour les 6 du D^r Pauchet ils ont guéri opératoirement ;

1 est mort six semaines après ;

1 est mort au bout de 3 ans ;

1 est mort au bout de 4 ans ;

3 bien portants

Matry à la Société Nationale de Chirurgie le 1^{er} mars 1924 rapporte 3 cas opérés par cette méthode :

1 vit depuis 4 ans ;

1 vit depuis 8 mois ;

1 bien portant depuis l'intervention qui datait de novembre 1923.

Armand, de St-Etienne, publiant en 1925 une statistique personnelle composée de :

15 interventions périnéales ;
3 interventions abdomino-périnéales ;
3 interventions d'Hartmann ;
conclut pour la méthode d'Hartmann.

Conclusions

Comme on le voit, deux méthodes se disputent actuellement la faveur des chirurgiens pour l'exérèse du cancer du rectum : méthode basse et méthode combinée. En parcourant la plupart des revues on s'aperçoit que les méthodes basses recevaient, ces dernières années, de la plupart des chirurgiens, des coups décisifs et on pourrait croire que nous nous acheminons vers une époque où l'on ne parlera plus que de l'exérèse du cancer du rectum par la voie combinée. Il est bien difficile de prendre parti pour l'une ou pour l'autre.

Il résulte bien de la lecture et de la comparaison des statistiques que les méthodes basses sont les moins dangereuses. Indiscutablement leur mortalité opératoire est moindre que celle des voies combinées. Quant aux résultats éloignés ils semblent un peu en faveur de ces dernières. Naturellement pour les cancers très haut situés, ceux de l'anse sigmoïde, la méthode abdominale avec ses divers procédés est la seule plausible.

Quant à la méthode d'Hartmann il nous est bien

difficile de tirer une conclusion. D'après Pasgrimaud dans sa thèse en 1927, cette opération est simple au point de vue technique et rationnelle au point de vue théorique, et ses résultats ne semblent pas inférieurs à ceux des autres méthodes.

ANUS ILIAQUE

Si, comme nous venons de le voir, la chirurgie a fait beaucoup dans le traitement du cancer du rectum, souvent elle est malheureusement impuissante car le sujet atteint est venu consulter trop tard. L'extension du néoplasme hors des tuniques rectales ; la perte de mobilité, les adhérences avec les organes du petit bassin, surtout avec la vessie, toutes ces choses forment des contre indications aux opérations radicales. Il faut alors se résoudre au palliatif. Passons sous silence certaines méthodes préconisées et tombées dans l'oubli et disons quelques mots du traitement palliatif par excellence à savoir : l'an^{us} contre nature. Nous ne parlerons pas des diverses sortes d'an^{us} pratiquées ni des techniques employées. Partout aujourd'hui en emploie l'an^{us} iliaque gauche.

Les résultats opératoires varient suivant que l'intervention est précoce ou non, qu'elle est faite au cours d'une occlusion où dans un état de santé relativement bon. La mortalité opératoire varie de 6 à 25 %. Les résultats éloignés varient aussi pour les mêmes conditions. Sans vouloir arriver comme le pensait. A Rever-

din à ne plus pratiquer d'autres interventions que l'anus palliatif pour le traitement du cancer du rectum, il faut reconnaître que les survies sont nombreuses et capables d'influencer la mentalité du chirurgien.

Vanverts sur 17 anus palliatifs a observé pour des cas opérables 2 survies de plus de 3 ans et pour des cas inopérables 1 survie de 3 ans et 2 de 4 ans.

Gaudier présente au Congrès de Chirurgie en 1925 des statistiques antérieurs à 1900 où l'on retrouve des survies de 3,5 et 10 ans grâce à l'anus palliatif.

Tous les chirurgiens ont à leur actif de ces améliorations quelquefois vraiment surprenantes manquant souvent, il faut le reconnaître, de vérification histologique mais qui ont réussi là où une opération radicale aurait échoué, à donner une survie appréciable.

Sur 761 cas de cancer du rectum, Maudl note 184 colostomies dont 150 définitives, les 34 autres ayant été le premier temps d'opérations radicales. Sa mortalité opératoire est de 12 % environ.

Comme résultats éloignés : après 3 ans : 5 %. Ce chiffre est à peu près celui des statistiques de Kutner, Christen, Grippo, Kent, Bryant, Koenig.

Hartmann avait pratiqué en 1908, 91 colostomies et il a obtenu de si bons résultats qu'il n'hésitait pas à cette époque à mettre le traitement par anus palliatif en parallèle avec l'opération radicale. La survie de ses opérés a été en effet d'un an en moyenne avec des oscillations entre 3 mois et 3 ans. Quelques-uns de ses malades ont continué à souffrir, mais le plus grand nombre a été notablement soulagé, quelques-uns mêmes ont pu, pendant

un certain temps, reprendre leur vie active et leurs occupations.

Parmi les malades colostomisés par Jaboulay, Mondor publie certains résultats éloignés. Les survies s'échelonnent de 2 mois à 2 ans et plus.

Des statistiques dues à Berard, Tixier, Vallas et Villars nous montrent encore l'avantage de l'anus iliaque où la survie des colostomisés fut chez certains de 1 an 1/2 à 2, chez d'autres de 3 ans et plus.

Au Congrès de Chirurgie de 1903, A. Reverdin a signalé également 2 cas de longues survies à la suite d'anus iliaque pour néo-rectal.

Nous retrouvons ainsi dans toutes les revues chirurgicales de nombreux articles en faveur de ce traitement palliatif.

En 1924, Pribam, de Leipzig, faisant un rapport sur 320 malades traités par lui pour cancer du rectum dit n'avoir pu faire pour 121 d'entre eux qu'un traitement palliatif à savoir l'anus iliaque gauche. Sur ces 121 malades traités 81 survivent de 3 à 5 ans.

Conclusions

On peut conclure avec Mondor que l'anus iliaque est le meilleur des traitements palliatifs. Supprimant l'irritation produite par le passage des matières, il atténue et supprime les hémorragies, les douleurs, le ténésme. Il agit comme moyen de drainage, il prévient l'infection secondaire de la tumeur provoquée par le contact incessant des matières et ainsi il met, dans une large me-

sure, le malade à l'abri des complications phlegmoneuses qui sont fréquemment la rançon terminale du cancer rectal.

Il ralentit indiscutablement la marche de la tumeur et, de plus, comme il facilite les lavages antiseptiques du segment rectal grâce à ce rôle de désinfectant, il fait disparaître les adhérences inflammatoires de la tumeur pour la rendre mobile et opérable dans des cas qui, sans lui, auraient dû être inopérables.

L'anus iliaque gauche était donc, il y a quelques années surtout, le seul traitement des cancers du rectum jugés inopérables. Il le reste encore et de plus aujourd'hui, il reste le 1^{er} temps de traitement dont nous allons tâcher de voir les résultats à savoir : les rayons X et le radium dans le traitement du cancer rectal.

LA RADIOTHÉRAPIE

Les publications sur les résultats de la Røetgenthérapie dans le traitement du cancer rectal sont rares. Nous empruntons cette étude à M. Schwartz. Elle a été publiée dans un rapport au Congrès de chirurgie de Paris en 1925.

« Les premiers résultats parus sur l'action des R. X. comme traitement du cancer rectal peuvent être résumés, dit-il, par l'opinion de Simonson de Heidelberg qui écrivait en 1913 : Les Rayons X agissent sur les douleurs et les atténuent, mais quant à la tumeur elle-même, elle n'est influencée »

Quelques années plus tard en 1919 l'échec paraît moins radical. Si Roggs et Roussel demeurent pessimistes, si Pfazler en Amérique déclare que le cancer du rectum est celui qui donne le moins de satisfaction en thérapeutique et qu'il n'a jamais obtenu de guérison, néanmoins ce même auteur signale des améliorations locales, des diminutions de tumeur, grâce à la radiothérapie. Malheureusement il ne donne pas le pourcentage de ces améliorations.

En 1921 Holfelder, de Francfort, décrit ses techniques

d'irradiations pour obtenir une dose aussi homogène que possible au niveau du cancer, technique qui varie suivant le siège de la tumeur. Sans donner de statistiques il signale que dans un certain nombre de cas il y a eu disparition de tous les signes cliniques ; mais sachant le peu de durée de ces pseudo-guérisons, il recommande de faire une série d'irradiations 6 mois après la disparition des symptômes. Enfin il ajoute, fort justement, que dans les cas opérables, il faut opérer.

En 1924 Stark publie l'observation de 4 cas traités aux Rayons X seuls. Un malade est amélioré de façon passagère et meurt. Un autre est amélioré 15 mois et la tumeur évolue de nouveau.

Le 4^e cas a trait à une irradiation post-opératoire, le malade a survécu 2 ans. Dans son article, l'auteur insiste sur 2 points : à savoir d'abord sur la nécessité de l'anus iliaque pour mettre au repos la tumeur et désinfecter le rectum et ensuite sur ce fait important qu'il a fait diminuer un certain nombre de tumeurs et rendre opérables des cas qui ne l'étaient plus.

En 1923 Pribam déclare, dans un article complètement dépourvu de statistiques, que la radiothérapie est inférieure à l'anus iliaque.

La même année Rubens-Duval et Oppert publient des statistiques où nous ne trouvons qu'un cas traité par les rayons X seuls. Ils citent 2 autres cas rendus opérables par ce traitement.

En 1924 également, Ernst May en Amérique, après une étude sur les Rayons X dans le traitement du cancer rectal, arrive à la même conclusion que Stark et

conseille l'application de rayons X après anus définitif pour essayer d'obtenir un résultat palliatif non négligeable ou mieux pour rendre les malades opérables.

En 1925 Holfelder publie à son tour 22 cas inopérables dont 5 devenus opérables par la rœtgenthérapie seule.

En 1927 Gauducheau, de Nantes, publie une statistique de 67 malades à cancers inopérables dont 11 furent traités par les Rayons X. Les résultats sont peu brillants. L'auteur conclut qu'il ne faut s'en servir que dans un but : rendre les cas opérables.

Conclusions

La radiothérapie n'a pas donné grand chose au point de vue curatif dans le cancer du rectum. Quelques cas de guérisons apparentes avec disparition des suintements, des douleurs et des bourgeons épithéliaux suspects auraient été envisagés dans ces conditions ; mais la durée de ces guérisons apparentes ne dépasse pas 2 ans, si bien que tout cas opérable devra être soumis à la cure radicale sans radiothérapie préalable et les Rayons X ne pourront être utiles que dans les cas inopérables où un autre traitement ne peut être pratiqué.

LA CURIETHÉRAPIE

Comme tous les cancers abordables par les moyens physiques, on devait soumettre le cancer du rectum à l'influence, si manifeste dans d'autres organes, des radiations curiethérapiques surtout pour les cancers où la chirurgie n'avait aucune chance de succès.

Et ainsi, pendant de nombreuses années, la technique radiumthérapique du néo rectal fut calquée sur celle du cancer du col utérin. On introduisit dans la lumière rectale un chapelet de tubes de radium filtrés (tubes de Dominici) de longueur égale à celle de la lésion. Dès le début la différence dans les résultats apparut manifeste.

En 1914, MM. Delbet, Mocquot présentent 3 cas de néoplasme du rectum traité par application du radium. Le 1^{er} malade après une amélioration fonctionnelle fut perdu de vue. Le 2^e eut une légère amélioration fonctionnelle et mourut au bout de 5 mois. Le 3^e eut 5 applications mais aucune amélioration ne fut constatée.

La même année le P^r Bérard proclame nettement que la curiethérapie avec les méthodes en cours ne lui ont jamais donné de guérison.

En 1915, Barcat se montre optimiste.

En 1915, Dominici dit que les résultats sont purement palliatifs : les douleurs, les écoulements, les hémorragies diminuent, la tumeur regresse partiellement, mais ne disparaît jamais complètement et récidive toujours.

En 1916, Carro exprime son opinion en des termes analogues.

En 1917, Krecke constate qu'il n'a jamais obtenu de guérison véritable.

En 1917, Husch, à la suite d'une irradiation de cancer annulaire, provoque une régression accompagnée de sténose ; l'extirpation suivie d'examen histologique ne permet pas de déceler du cancer de la pièce opératoire.

En 1919, Shellsinger rapporte 3 cas du cancer du rectum vérifiés histologiquement, traités par une application d'un chapelet de tubes intra-rectaux, guéris depuis 1 an.

En 1921, M. Alglave rapporte également 1 cas demeuré guéri depuis 1 an après une application intra-rectale.

En 1923, Bowing et Anderson donnent l'observation d'un malade traité par l'application de tubes intra-rectaux et opérés après ; guérison.

En 1924, le Dr Laffont rapporte le cas d'une malade atteinte d'épithélioma ano-vulvaire traité par un chapelet de tube de Dominici guérie 19 mois après l'application.

En résumé, les résultats obtenus par cette méthode d'application de tubes intra-rectaux ne fournit donc que de très rares guérisons. Toute imparfaite qu'elle soit,

cette méthode palliative est justifiable de perfectionnement.

Bien des méthodes ont été préconisées.

MÉTHODE DES TUBES NUS. — Qui donne une excellente homogénéité d'irradiation mais pas de filtration d'où formation d'une zone de nécrose provoquée par les rayons B pouvant atteindre les vaisseaux et nerfs d'où hémorragies graves et douleurs violentes.

En 1920, Janeway et Quick donnent des statistiques : sur 161 cas traités par cette méthode, il y a 14 guérisons.

MÉTHODE DU D^r CRESBON. — Il remplace les tubes nus par des aiguilles de platine chargées de radium ou d'émanations (aiguilles de Regaud) Duval et Oppert sur 15 cas. Sur ces 15 cas, il y eut 7 décès venant 18 mois en moyenne après le traitement, il reste 8 malades vivants dont 5 non guéris et traités respectivement depuis 1 an, 2 ans et 2 ans 1/2, 3 malades guéris cliniquement depuis 1 an, 2 et 3 ans.

MÉTHODE DU D^r PROUST. — Préconise l'application de tubes filtrés par décollement rétro-rectal, tubes nombreux, ce qui assure une bonne homogénéité d'irradiation. On n'a pas de statistiques ayant trait à cette méthode.

MÉTHODE DE KELLY. — Qui en plus des chapelets intra-rectaux, place des appareils de surface.

Sur 200 cas suivis il a obtenu 22 guérisons. Par radium seul, sans association de chirurgie, il a traité

94 cas dont 90 inopérables, il a obtenu 8 % de guérison. Dans certains cas, l'auteur a utilisé la seule irradiation par voie externe par 4 portes d'entrée sans application intra-rectale. Il a eu ainsi 6 % de guérison, quand il a fait en plus l'intra-rectale il a eu 11 % de guérison.

Par application de radium suivie d'ablation chirurgicale, il a traité 58 cas dont 21 inopérables ; il a eu 17 % de guérison.

MÉTHODE DE NEUMANN et CORYN, visant spécialement les néos bas situés, Neumann et Coryn en 1924 enfin, ont décrit la méthode suivante :

a) D'abord, création d'un anus iliaque et désinfection du rectum ;

b) 8 jours après, décollement rétro et latéro-rectal avec radiumpuncture aussi régulière qu'il est possible de le faire par aiguilles de radium contenant 0,66 de R. E. avec en plus : dose de tube de Dominici à paroi de 2 mm. de platine entouré de caoutchouc placé dans la région ganglionnaire ;

c) Puis extirpation du rectum par la suite chaque fois que cela est possible. Statistiques : 40 malades traités dont 12 opérables et 28 inopérables. Il reste sur ce nombre 9 malades vivants et 8 cliniquement guéris.

Comme on le voit la curiethérapie a donné quelques résultats. Dans « la Clinique » de juin 1927, V. Pauchet dit ceci : « Si les chirurgiens ont pour la plupart abandonné l'usage du radium, c'est parce qu'il était introduit dans la cavité interne de l'intestin ; or, pour que le radium soit efficace il faut l'employer après incision

sacrée, il faut épingle tout le canal ano-rectal dans tous les sens. Ce traitement est inoffensif ; il transforme le rectum cancéreux en 1 cylindre fibreux, arrête les hémorragies, stérilise les écoulements purulents, remonte l'état général et permet si le sujet est opérable de pratiquer l'extirpation secondaire. Après avoir vu Neumann de Bruxelles appliquer son procédé, je l'ai adopté pour les cas inopérables des cancers ampullaires et après j'ai pu faire dans tous les cas la résection secondaire qui est alors d'une extrême bénignité. Ce procédé ne convient pas au cancer recto-sigmoïde, il doit supplanter complètement l'ancienne méthode radiumthérapique qui consiste à introduire 1 tube de radium dans le rectum ».

Et en 1928, Gauducheau, du Centre anticancéreux de Nantes, publiant les cas des 14 malades traités dans son centre depuis 1926 par la méthode de Neumann conclut que ce procédé est celui qui se rapproche le plus de l'idéal théorique, qu'il est facile à mettre en œuvre, qu'il ne fait courir aucun risque au malade et que ses résultats immédiats sont satisfaisants.

STATISTIQUES DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE RENNES ET DE LA CLINIQUE DU P^r MARQUIS

Ces statistiques portent de 1924 à 1929 inclus. Nous suivrons le même plan que précédemment : nous donnerons donc les résultats chirurgicaux, ablation abdomino-périnéale, abdominale seule puis périnéale, l'anus palliatif et enfin les résultats des radiations ; curiethérapie seule n'ayant pas de cas où la roetgenthérapie ait été seule employée.

Ces statistiques ont un avantage : c'est que l'on trouve réunis là, tous les traitements préconisés jusqu'alors pour la guérison du cancer du rectum, traitements mis en œuvre par le même chirurgien. De plus il a été pratiqué pour tous les malades un examen histologique de la tumeur.

I. — Ablation par voie abdomino-périnéale

Au total 4 cas :

2 cas en 1927.

2 cas en 1928.

Sur ces 4 malades ainsi traités 1 est mort des suites opératoires, les 3 autres sont vivants.

Obs. I. — Mlle M... Marguerite, 21 ans.

Opérée le 25 mai 1927.

Amputation du rectum par voie ~~l~~abdomino-périnéale et établissement d'un anus iliaque gauche.

Abdomen ouvert, brides extrêmement marquées et fusionnant ovaire et sigmoïde. On le décolle. On recherche la première branche de la mésentérique qui se sépare en Y de la branche suivante. On lie entre les branches. On trouve des ganglions au niveau de la branche supérieure de la mésentérique section du méso. Libération du rectum d'avec l'utérus. Repérition soignée. Extériorisation du bout supérieur au niveau de l'anus iliaque.

Puis 2^e temps. — Ablation du bout inférieur par voie périnéale.

L'examen histologique a été fait. Suites opératoires normales.

La malade alors âgée de 21 ans est actuellement très bien portante.

Obs. II. — Mme D... Pauline, 40 ans.

Entrée au centre anticancéreux le 15 juillet 1927.

1^{er} Temps. — Rachi-anesthésie. — Incision pour anus iliaque et incision médiane. Section de l'anse sigmoïde après l'émergence de la 1^{re} sigmoïdienne. Section du méso. Passage à travers la brèche iliaque de l'extrémité distale du colon, puis revenant à la partie de l'anse sigmoïde on sectionne le méso à 2 cm. de l'intestin.

Décollement du rectum en arrière. Section des attaches du rectum avec la paroi postérieure du vagin. On sectionne les lames latérales du rectum. Après tous ces décollements,

repéritonisation par-dessus l'intestin abandonné dans le pelvis.

2^e Temps. — Résection du coccyx. Décollement du rectum en arrière et décollement de l'extrémité terminale de la paroi vaginale d'avec le rectum. On résèque cette paroi postérieure très infiltrée. On extirpe l'intestin.

Cette malade est revue tous les 3 mois. Va très bien.

Obs. III. — Mme L... Marie, 50 ans.

Opérée le 10 juillet 1928.

Amputation abdomino-périnéale du rectum et établissement d'un anus iliaque gauche. A cette malade on a placé à la fin de l'intervention devant et de chaque côté du sacrum 6 tubes de radium maintenus par des compresses. On a laissé ces tubes 9 jours. 48 m. c. d.

Malade revue. Va très bien.

Conclusion. — On a donc eu par cette méthode :

1 mort opératoire soit.	. .	25 %
3 guérisons.	» . .	75 %

dont 2 de 3 ans et 1 de 2 ans.

Nous ne pouvons publier qu'une seule observation de cancer du rectum traité par la voie abdominale seule.

Obs. IV. — Mme R... Joséphine, 56 ans.

Opérée le 16 novembre 1927. Rachi-anesthésie.

1^o Incision pour l'anus iliaque ;

2^o Incision médiane. On repère la mésentérique inférieure. Sa première branche s'échappe isolément. Immédiatement au-dessous de cette première branche, on écrase l'intestin et on le sectionne au thermocautère. Ligature. On amène le bord supérieur à l'incision iliaque. On revient au bout inférieur. On sectionne le péritoine de chaque côté à 2 cm. de l'intestin puis on décolle à la compresse toute la face antérieure du sacrum et du coccyx.

On soulève l'utérus. On sectionne le péritoine du cul-de-sac de Douglas et les ailerons sacrés. On décolle le rectum du vagin et on place un fil très bas. On sectionne à 4 cm. au-dessous de la tumeur. Mikulicz et fixation de l'intestin à la brèche iliaque.

A l'examen de l'intestin on se trouvait en face d'une masse végétante, de la grandeur d'une pièce de 5 francs occupant les 2/3 de la circonférence de l'intestin.

Cette malade a guéri opératoirement. Récidive 1 an plus tard. On lui fait faire alors de la radiothérapie. Morte 1 an après c'est-à-dire 2 ans après l'intervention.

II. — Ablation par voie périnéale

Nous avons pu en relever 18 cas de 1924 à 1929.

1 en 1924

4 » 1926

2 » 1927

5 » 1928

6 » 1929

En 1924 : Le seul malade traité est décédé 48 heures après l'intervention.

En 1926 :

Obs. I. — M. Q... Jean, 50 ans.

Opéré le 29 juin 1926.

1) Anus iliaque gauche ;

2) Incision circulaire autour du rectum. Se prolongeant vers le coccyx. Résection des releveurs. Adhérences avec la prostate dont on enlève 1 partie. Section des hémorroïdales

moyennes, décollement de la concavité sacrée. Ecrasement du rectum et section au thermocautère.

Malade revu chaque année. Bien portant.

Obs. II — Mme P... Marie.

Entrée le 15 septembre 1926 au Centre.

1) Anus iliaque gauche ;

2) Incision partant de la base du coccyx et entourant l'anus. On sépare la paroi antérieure du rectum de la paroi vaginale, mais on constate vite leur accollement absolu. Il faut réséquer une grande partie de la paroi vaginale postérieure. On décolle la paroi postérieure du rectum du sacrum. Section des releveurs. Ecrasement du rectum et section au thermocautère.

Cette malade a survécu 18 mois.

Obs. III. — M. M... Alfred, 65 ans.

Septembre 1926 :

1) Anus iliaque ;

2) Ablation périnéale.

Ce malade a été perdu de vue.

Obs. VI. — M. L... Pierre, 70 ans.

Entré à la clinique le 5 décembre 1926.

1) Anus iliaque gauche ;

2) Incision circulaire autour du rectum. Section des releveurs. Décollement facile de la paroi postérieure du rectum. Moins facile pour la paroi antérieure quelque peu adhérente. Ecrasement du rectum au-dessus de la tumeur. Section.

Malade mort 1 mois après intervention.

En 1927 :

Obs. I. — M. L... Joseph, 61 ans.

Entré au Centre le 15 janvier 1927.

1) Anus iliaque ;

2) Incision péri-rectale. Résection du coccyx. Section des releveurs. Décollement de la face postérieure du rectum. Adhérences de la face antérieure avec la prostate. Après ablation du rectum on place au niveau de la prostate 5 tubes de radium pendant 192 heures. 31 m. c. d.

Malade guéri.

Nous ne possédons pas l'observation du 2^e malade opéré en 1927. La technique classique fut suivie.

Ce malade a survécu 2 ans. Il est mort d'une maladie intercurrente.

En 1928 :

Sur les 5 malades opérés cette année-là par voie périméale, nous retrouvons 4 observations.

Obs. I. — Mme C... Jeanne, 45 ans.

Entrée le 19 janvier 1928.

1) Anus iliaque gauche ;

2) Incision classique. Résection du coccyx. Séparation du rectum de la paroi vaginale. A ce moment, légère effraction de cette paroi. Séparation du sacrum. Ouverture du péritoine après avoir abaissé sensiblement l'anse sigmoïde de telle sorte que le bout réséqué s'étendra sur 25 cm. On fixe la brèche péritonéale à la paroi antérieure du rectum. On écrase le rectum à 4 cm. au-dessus des limites de la tumeur. Ligature double à la soie. On sectionne. Mickulicz.

Malade revue et guérie.

Obs. II. — Mme P..., Eléonore, 64 ans.

Entrée le 4 mars 1928.

1^o Anus iliaque gauche ;

2^o Amputation classique du rectum.

Malade guérie.

Obs. III. — M. J..., Eugène.

Entré le 13 juin 1928.

1^o Anus iliaque gauche ;

2^o Incision péri-anale. Résection du coccyx. Rectum facile à décoller du sacrum. Mais à la face antérieure adhérences avec la prostate.

Ecrasement du rectum. Ligature au fil de soie. Section au thermocautère.

Malade actuellement guéri.

Obs. VI. — M. M..., Yves, 65 ans.

Entré le 30 octobre 1928.

1^o Anus iliaque gauche.

2^o Incision classique. Résection du coccyx. Dissection de la face antérieure du rectum : adhérences avec prostate et vésicules séminales. Arrivé au niveau de la vessie, il se produit une brèche au rectum. On arrive à reprendre au-dessus et à disséquer très loin. Après incision du péritoine on pourra enlever 25 centimètres d'intestin. Fermeture de l'immense brèche péritonéale et fixation du péritoine à l'anse sigmoïde. Mise en place de 8 tubes de radium 3 de chaque côté, et 2 médians.

Malade décédé quelques jours après l'intervention.

Quand au 5^e malade opéré en 1928 nous n'avons pas l'observation détaillée. Le traitement se fit comme de coutume en deux temps.

Ce malade est actuellement vivant et bien portant.

En 1929. — En 1929, 6 malades ont été traités au Centre anticancéreux et à la Clinique. Les observations de l'acte opératoire nous manquent. Pour tous : on a fait l'anus iliaque gauche et 8 à 10 jours après, l'ablation du rectum par voie périnéale.

Pour 2 d'entre eux on a placé après l'ablation du néoplasme des tubes de radium à cause d'infiltration de la prostate. De plus l'examen histologique de ces 6 pièces a été fait : épithélioma cylindrique.

Sur ces 6 malades, 4 sont actuellement bien portants. Des deux autres, l'un est mort quelques jours après l'intervention, l'autre 6 mois après d'une maladie intercurrente.

En résumé sur 18 malades soumis au traitement de l'ablation périnéale avec anus iliaque gauche définitif on a :

4 morts opératoires soit 22 % ;

10 actuellement bien portants soit 55 %.

dont : 1 depuis 4 ans ;

1 » 3 ans ;

4 » 2 ans ;

4 » 1 an.

Sur les huit autres qui restent :

1 survie de 2 ans ;

1 » de 15 mois ;

2 » de 6 mois.

III. — Anus iliaque gauche

Nous avons vu précédemment que le traitement palliatif par exellence du cancer du rectum était l'anus iliaque gauche et que ce traitement donnait parfois des survies appréciables et rendait moins pénible la période

terminale du cancer du rectum. Sur les 108 cas de cancer du rectum relevés de 1924 à 1929 nous trouvons 14 malades n'ayant subi que ce traitement, soit que le patient ne voulait pas d'autre opération, soit que le chirurgien jugeait bon de s'en tenir là par suite du développement trop grand de la tumeur ou à cause de l'état général déficient du malade. Nous devons dire que si ce chiffre de 14 malades n'ayant pu être que colostomisés paraît énorme (sur 108 cas) il ne faut pas oublier que les malades se présentant au centre anticancéreux sont particulièrement avancés.

En 1924. — 2 malades colostomisés :

1 a survécu 2 ans ;

L'autre mort quelques semaines après l'intervention.

En 1925. — 4 malades :

1 survie de 6 mois ;

1 » de 9 mois ;

2 autres mortes dans les 3 mois.

En 1926. — 1 seul, mort quelque temps après l'intervention.

En 1927. — 3 malades :

1 survie de 1 an ;

1 » de 18 mois ;

1 mort dans les semaines suivant l'opération.

En 1928. — 4 malades mortes quelques jours après leur colostomie.

En 1929. — 2 bien portants à l'heure actuelle :

Le 1^{er} depuis 9 mois ;

Le 2^e » 1 an.

Au total l'anus iliaque nous a donc donné :

8 morts opératoires : 57 % ;

1 survie de 18 mois ;

2 » de 1 an ;

3 » de 6-9 mois.

Curiethérapie

66 malades ont été traités par le radium. Tous ces malades étaient inopérables mais cependant chez eux la lumière rectale permettait encore l'admission d'une sonde de tubes de radium.

Voici la méthode suivie chez tous ces malades.

1^{er} temps. — Anus iliaque gauche définitif.

2^e temps. — 8 à 10 jours plus tard mise en place des tubes de radium. Pour cela voici le procédé employé. Quand l'anus iliaque gauche est ouvert, on prend un fil assez long portant à l'une de ses extrémités une bille de plomb. Cette bille est introduite, au niveau de l'anus artificiel, dans le bout terminal de l'intestin et, par lavages de ce bout d'intestin, on arrive à chasser la bille, à la faire arriver à l'anus et tomber à l'extérieur. C'est alors qu'on adapte la sonde au bout du fil et en tirant par le bout abdominal, on amène le radium exactement au niveau du néoplasme. On a eu soin de déterminer auparavant la distance de l'anus naturel à la

tumeur. Puis les 2 bouts du fil (bout abdominal et anal) sont liés ensemble si bien qu'on est certain d'avoir le radium au niveau de la tumeur et sûr également qu'il y demeure tout le temps jugé utile.

Voici maintenant les résultats de cette méthode.

En 1924. — 13 malades traités :

- 1 guéri ;
- 2 survies de 18 mois ;
- 1 » de 6 mois ;
- 9 décédés dans les 3 mois.

En 1925. — 20 malades traités :

- 2 survies de 3 ans ;
- 1 » de 18 mois ;
- 2 » de 1 an ;
- 1 » de 8 mois ;
- 1 » de 6 mois ;
- 13 décédés dans les 3 mois ;

En 1926. — 12 malades traités :

- 1 guéri ;
- 1 survie de 1 an ;
- 2 » de 18 mois ;
- 8 décédés dans les 3 mois.

En 1927. — 13 malades traités :

- 2 survies de 2 ans ;
- 2 » de 18 mois ;
- 2 » de 1 an ;
- 7 décédés dans les 3 mois.

En 1928. — 7 traités :

2 survies de 2 ans ;

1 » de 1 an ;

4 décédés dans les 3 mois.

En 1929. — 1 malade traitée, bien portante actuellement, opérée il y a 6 mois.

Nous avons donc par cette méthode :

41 malades décédés dans les 3 mois = 62 %.

2 guérisons, soit 3 % ;

2 survies de 3 ans, soit 3 % ;

4 » de 2 ans, soit 6 % ;

7 » de 18 mois, soit 11 % ;

6 » de 1 an, soit 10 % ;

4 » de 6 mois, soit 6 %.

2 de nos malades ont été traités par la méthode de Neumann. Nous n'en avons pas les observations, mais ces 2 malades sont morts dans les 3 mois avec du sphacèle de toute la région sacrée du rectum.

Quant aux 2 malades vivants et bien portants nous publions leurs observations.

Obs. I. — M. J... Joseph, 50 ans.

Entré à la Clinique le 3 mai 1924, souffrait depuis 3 mois : sensation de brûlure au niveau du rectum, envies fréquentes d'aller à la selle, mais impossibles à satisfaire. Amaigrissement notable, 10 kilogs. Ecoulement de glaires et de sang par l'anus.

Rectoscopie : tumeur végétante à environ 15 cm. de l'anus. Biopsie : épithélioma cylindrique. Le malade n'acceptant pas l'ablation on se résout au radium :

1) Le 5 mai 1924 : anus iliaque gauche qui sera ouvert le 10 mai ;

2) Le 16 mai à 17 heures, on place au niveau de la tumeur 150 mm. de R. E. restent pendant 66 h.

Ablation et remise en place le 19 mai à 11 h. de 90 mm. répartis sur une longueur de 8 cm. Enlevé définitivement le 21 mai 1924 à 11 h., soit 48 h. En tout 57 m. c. d.

Le malade a été revu le 26 avril 1927. Il a augmenté de 25 kg. A eu des hémorragies par le rectum pendant quelque temps, mais maintenant plus rien. A l'examen on trouve une cavité rectale terminée par un orifice étroit, mais aux parois souples et non bourgeonnantes.

Le 2 mai 1928. Revu en bon état.

Le 14 juin 1929. A eu des hémorragies depuis 1 mois par l'anus. Le toucher montre un conduit à 2 cm. de l'anus, conduit souple qui admet l'index avec frottement.

Il y a 1 mois le malade donne de ses nouvelles, son état général est bon.

Poids actuel 95 kg. au lieu de 70 kg. au moment de l'intervention, mange très bien.

A quelques pertes de glaires par l'anus.

Ne souffre de nulle part.

Son anus artificiel fonctionne très bien.

Obs. II. — M. B... Jean.

Entré à la Clinique le 11 septembre 1925.

Le 12 septembre 1925 : Anus iliaque gauche.

Le 22 septembre 1925 : Mise en place au niveau de la tumeur de

2 tubes pendant 54 h. = 12 m. c. d.

2 » » 120 h. = 27 m. c. d.

soit. . . . 39 m. c. d.

La biopsie n'a pas été faite.

Depuis, le malade qui avait beaucoup maigri a repris du poids, des forces.

Revu en excellente santé il y a 1 mois. Perté légère de glaires par l'anus. Ne souffre pas. Au toucher : lumière rectale diminuée, mais parois relativement souples et plus aucun bourgeon.

CONCLUSIONS

Nous tirerons les conclusions des chiffres énoncés ci-dessus :

1° Si l'on regarde les statistiques publiées par nombre d'auteurs et celles que nous apportons, on s'aperçoit que le traitement chirurgical, quand il peut être employé, reste encore le meilleur et le seul à donner un pourcentage de guérisons appréciable.

2° Faut-il préférer la voie combinée à la voie basse ? D'après nos statistiques, à l'encontre des chiffres précédents (il faut avouer le petit nombre de nos observations), la mortalité opératoire dans la voie abdomino-périnéale n'est pas tellement élevée (25 %) pour effrayer le chirurgien, d'autant plus que les résultats éloignés sont bons : 75 % de guérisons.

La voie basse, elle, nous a donné une mortalité opératoire un peu moindre : 22 % pour un nombre de malades plus élevé. Quant aux résultats éloignés de cette méthode 55 % des malades restent guéris.

3° Malheureusement, comme tout le monde, nous avons à déplorer le nombre trop grand de malades se présentant au chirurgien avec des lésions trop avancées.

Là se pose une question. Doit-on faire simplement à ces malades un traitement palliatif : à savoir l'anus iliaque gauche seul, ou y associer la curiethérapie ?

D'après nos statistiques, où nous avons associé les deux à 66 malades, nous avons obtenu ces résultats :

2 guérisons, 2 survies de 3 ans ;

4 survies de 2 ans ;

7 survies de 18 mois.

alors que l'anus artificiel seul nous a donné au mieux : 2 survies de 18 mois et 2 survies de 1 an. Nous concluons que le radium rend un service appréciable dans un petit nombre de cas, il est vrai, mais toujours, nous l'avons remarqué, il calme les douleurs et diminue les écoulements.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CHALIER ET PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum (*Lyon chirurgical*, mars 1913).

FRÈRES MAYO. — La cure radicale du néo rectal (*Annals of surgery*, 1912).

TICHHOFF, DE BRESLAU. — Résultats du traitement chirurgical du néo du rectum (*Beitrag zur Klinischen chirurgie*, 1922).

J. DUVERGEY. — 11 cas de néoplasmes du rectum traités par la chirurgie (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1921).

L. ARNAUD (St-Etienne). — 1 néo de l'ampoule rectale guéri par résection abdomino-périnéale.

P. BULL. — Le traitement du cancer rectal (*Norsk Magazin for Laegevidens Kaben*, 1919).

G. MATOLAY. — Résultats des opérations du rectum néoplasique (octobre 1913).

KROLL. — Suites opératoires du néo rectal dans la clinique de Kœnisberg de 1913-1923.

E. PRIBAM. — Du traitement du cancer du rectum (*Archiv. für klinische chirurgie*).

PASGRIMAUD. — Cancer du Haut-Rectum par le procédé de Hartmann (*Thèse de Paris*, 1926).

GABRIEL (Londres). — Résultats de l'extirpation périnéale dans le néo rectal (*British Journal of Surgery*, 1925).

BONNAMOUR. — L'extirpation du cancer rectal par voie basse (*Thèse de Lyon*, 1925).

LECÈNE. — Remarques sur le traitement chirurgical du cancer du rectum.

Félix PAPIN. — A propos de l'amputation abdomino-périnéale pour cancer rectal (*Journal de chirurgie*, avril 1928).

LOCKART MUMMERY. — Pronostic du néoplasme rectal (*The Lancet*, 25 décembre 1926).

NEUMANN et CORYN. — La radio-chirurgie dans les cancers du rectum (*Le Cancer*, 1924).

RÉCAMIER. — Contribution à l'étude du cancer du rectum (*Thèse de Paris*, 1925).

MONDOR. — Contribution à l'étude du cancer du rectum (*Thèse de Paris*, 1914).

H. KRASKE. — De l'opération dans les cancers du rectum (*Bruns' Beiträge Zur Klinischen chirurgie*, février 1928).

GAUDUCHEAU. — Traitement radio-actif des cancers du rectum (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, juillet 1927).

A. SCHWARTZ. — Rapports sur le traitement du cancer rectal (34^e Congrès de chirurgie de Paris, juillet 1925).

MÉNAGER. — Du traitement du cancer du rectum (*Thèse de Paris*, 1928).

HARTMANN. — Traitement opératoire direct du cancer du rectum (*Journal de chirurgie*, décembre 1913).

FORGUE. — Le traitement du cancer du rectum (*Pathologie Externe*, t. II, p. 796).

V. PAUCHET. — Du cancer du rectum (*La Clinique*, juin 1917).

PROUST. — Curiethérapie du cancer du rectum (*Société de chirurgie de Paris*, 18 novembre 1921).

DESCOMPS. — A propos de la curiethérapie du cancer du rectum (*Société de Chirurgie*, 30 novembre 1921).

JOLY. — Radiothérapie du cancer du rectum (Grenoble).

LECÈNE et MONDOR. — Cancer très étendu du rectum : ex-

tirpation abdomino-périnéale (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1911).

HARTMANN. — Ablation abdomino-périnéale du rectum (*Bull. Soc. chir.*, 1902).

HARTMANN. — Cancer recto-sigmoïdien (*Bull. Soc. chir.*, 1906).

HARTMANN. — Traitement du cancer du rectum (*II^e Congrès de la Soc. intern. de chir. de Bruxelles*, 1908).

HARTMANN. — Le cancer du rectum et son traitement (*Paris Médical*, 6 avril 1929).

CHAVANNAZ. — A propos de l'anūs iliaque dans le cancer inopérable du rectum (*J. de méd. de Bordeaux*).

CAZIN. — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum.

DAVIES et CURLING. — Cancer du rectum et anus iliaque gauche (*The Lancet*, 1857).

GRON. — De la colostomie iliaque dans le cancer du rectum.

GAUDIER. — Cancer du rectum (*Acad. de Méd.*, 1921).

GOULLAUD. — Résultats éloignés de l'amputation du rectum cancéreux (*Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, Paris, 1925).

V. PAUCHET. — Cancer du rectum (*Gaz. des Hôpitaux*, octobre 1929).

V. PAUCHET. — Cancer du rectum (*Méd. Prat.*, décembre 1919).

V. PAUCHET. — A propos du cancer du rectum (11 septembre 1920).

V. PAUCHET. — Cancer rectal. Amputation périnéale (*Paris-chirurgical*, décembre 1920).

V. PAUCHET. — Traitement du cancer du rectum (*La clinique*, juin 1927).

V. PAUCHET. — Cancer du rectum et radiumchirurgie (*Bulletin et Mém. chir.*, Paris, 1927).

V. PAUCHET. — L'amputation abdomino-périnéale (*Gaz. des Hôpitaux*, 1924).

1930. — Imp. A. CLERC, Saint-Amand (Cher).
